

National Patient Safety Consortium: Learning from Large-Scale Collaboration

Sandi Kossey, Chris Power, Leslee Thomson, Kathleen Morris, Shelagh Maloney, Lee Fairclough, Deborah Prowse and Hina Laeeque

Abstract

From 2014 to 2018, the Canadian Patient Safety Institute brought together key partners and established the National Patient Safety Consortium to drive a shared action plan for safer healthcare. With ongoing consensus development on key priorities, an unprecedented level of collaboration and shared leadership with diverse stakeholders and patients and families as full partners, the Consortium and its Integrated Patient Safety Action Plan built a culture of engagement and improvement across Canada.

National Leadership through a National Patient Safety Consortium

Established by Health Canada in 2003, the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) works with governments, health organizations, leaders, healthcare providers and patients to inspire extraordinary improvement in patient safety and healthcare quality (CPSI 2018). In 2013, CPSI made a commitment to deliver on its original mandate: to establish a national integrated patient safety strategy (Wade et al. 2002). CPSI and its members felt that the climate and the time were right to bring together key stakeholders in Canadian healthcare to focus on some of the biggest patient safety challenges and align their work around common goals.

In CPSI's view, it was essential to start with creating a coalition of willing participants, knowing that any effort to drive

real change in safety would have to be much bigger than one organization could manage and could not succeed if it were seen to be solely one organization's agenda. It would require commitment from multiple levels and organizations to enable the synergy and coordination needed to accelerate the pace of improvement. Thus, from 2014 to 2018, CPSI and partners established the National Patient Safety Consortium to drive a shared action plan for safer healthcare.

The National Patient Safety Consortium was composed of 50 organizations from across Canada that came together around a shared purpose: to drive a shared action plan for safer healthcare for Canadians. Representatives from governments (federal, provincial and territorial), provincial quality and safety organizations and committees (e.g., Health Quality Council of Alberta, Health Quality Ontario, Atlantic Health Quality and Patient Safety Collaborative), pan-Canadian organizations (e.g., Accreditation Canada, Canadian Institute for Health Information, Canada Health Infoway, Mental Health Commission of Canada), healthcare delivery systems (e.g., Alberta Health Services, University Health Network, Health PEI), professional groups (e.g., Canadian Nurses Association, Canadian Medical Protective Association, Canadian Society of Hospital Pharmacists, IPAC Canada) and patient and family partners (e.g., Patients for Patient Safety Canada, Patients Canada) comprised the Consortium. Drawing from evidence

and with extensive consultation, CPSI identified initial areas of focus (surgical care safety, medication safety, homecare safety and infection prevention and control), with patient safety education being a foundational underpinning to advancing patient safety improvement in all of these areas.

The outcomes of the Consortium and its Integrated Patient Safety Action Plan include medication safety communication tools for patients and their providers (Institute for Safe Medication Practices Canada et al. 2016), a call to action on never events reporting and learning (CPSI 2015a), a leadership culture bundle (CPSI et al. 2018), tools for engaging patients (Patient Engagement Action Team 2017) and many more. The National Patient Safety Consortium successfully used the collective impact model and has been called an “exemplar” in collective impact through independent evaluation (Vision & Results Inc. 2018).

The following papers in this Special Issue of *Healthcare Quarterly* highlight some of the key actions emerging from this large-scale transformational change agenda with the ambitious aim of realizing safer healthcare in Canada.

Patient Safety: A Growing Public Health Crisis

Patients expect and deserve high-quality healthcare. First and foremost, care should be safe. Yet despite the best efforts of many, the frequency of patient safety incidents remains alarmingly high in Canada. If we continue at this rate, over the next 30 years, 12.1 million people will be harmed by the healthcare system intended to heal them and 1.2 million may, in fact, lose their lives to a preventable patient safety incident (RiskAnalytica 2017). System-level transformational change is required to reduce these estimates and to realize the best possible outcomes and experiences for the patients who are served by Canadian healthcare systems. Patient safety remains an urgent system issue in need of coordinated national attention. We have a moral and ethical imperative to improve.

To address this growing public health crisis, there is tremendous activity focused on patient safety around the globe (Baker 2015; National Patient Safety Foundation 2015; Slawomirski et al. 2017; Yu et al. 2016). No region, health system or country has cracked the code, and experts agree that there is no silver bullet. Yet there is much we can learn from the efforts other countries have made to improve. Despite different national contexts, there are some common lessons. Scotland, Denmark and the US are notable examples where robust national healthcare quality strategies are anchored and driven by a constant, unrelenting focus on patient safety as the primary driver impacting the outcomes and approach to improvement for all other quality dimensions (CPSI 2015b; Slawomirski et al. 2017). The experiences of these and other countries have shown that widespread improvement requires political will, the commitment of governments, passionate and

courageous leadership and system alignment and coordination, with patients at the centre of all efforts.

Although we can learn from other countries, many around the world look to and learn from Canada’s efforts and many strengths. We have numerous national and provincial organizations and committees that dedicate all or part of their mandate to quality and patient safety. These diverse players work toward improving the health and safety of Canadians within their respective roles. However, there are challenges with collectively sharing their expertise and working together to create a common vision of safer care for all. Given the context and complexities of Canada’s health systems, establishing pan-Canadian commitment to patient safety improvement requires a different theory and model for change – one that values collaboration, shared leadership and patients as full partners.

It was a coalition of the willing, where members voluntarily shared their expertise and their efforts to work together toward a shared vision of safer healthcare in Canada.

Why a Consortium?

The Consortium was a national call to action for patient safety – a large-scale change initiative based on the collective impact of more than 50 healthcare organizations, including governments, professional groups, patients and families, health service delivery organizations, regulators, educators and national and provincial agencies and associations. It was a coalition of the willing, where members voluntarily shared their expertise and their efforts to work together toward a shared vision of safer healthcare in Canada. The vision was clear, but like all things in healthcare, the path was complex and complicated. It required constant and ongoing adaptability, flexibility, iteration and negotiation to achieve consensus on priorities and processes and, most importantly, to achieve momentum and impact. The journey itself was as important as the outcomes to secure and maintain the engagement of the Consortium.

CPSI faced an important first step in engaging partners to commit to the journey, and the importance of “table setting” must be underscored. Table setting was an important part of building awareness, interest and even curiosity about what was set out to do when CPSI convened the National Patient Safety Consortium. Early and ongoing engagement was iterative but undoubtedly essential for building the coalition, including informal conversations and consultations with many leaders and patient safety experts even before the “work” started. An early meeting with key stakeholders (including the Canadian Institute for Health Information, Accreditation Canada, the Canadian Medical Protective Association, and the Healthcare Insurance Reciprocal of Canada) was held prior to convening the first official meeting of the Consortium to gather intelligence,

seek feedback and see if the initiative was on the right track, and discussions took place with international counterparts embarking on a similar path of nationwide collaboration for patient safety and quality (Australia, the US and the UK).

The inaugural meeting of the National Patient Safety Consortium was held in January 2014, but many months of work had been done before that important day to set the table for the discussions and work to come. An international scan and analysis of national patient safety and quality strategies were conducted to consider the structure and processes that could be employed to establish a national strategy for Canada (CPSI 2015b; CPSI and National Patient Safety Consortium 2015). Change theories (Kaplan and Norton 2008; Kotter 2018; Perla et al. 2013) and models for large-scale transformation initiatives (Bevan et al. 2011; Boaden et al. 2009; Finney 2013; McCannon et al. 2008; National Health Service 2013; World Health Organization Europe 2008) and collective impact (Collective Impact Forum 2014, 2016; Hanleybrown et al. 2012; Turner et al. 2012) for social impact and sustained improvement were reviewed and borrowed heavily from to develop and continually refine the plans.

Drawing from available patient safety evidence and experience and with extensive consultation across the country and around the world, CPSI identified four initial areas of focus: surgical care safety, medication safety, infection prevention and control, and homecare safety. These were high-risk priority areas that were determined through consensus to have a significant and unquestionable impact on quality, cost and injury burden. Key stakeholders were engaged early, and their input was important as the proposed Consortium needed to create value for the organizations if they were to contribute. Co-development and shared leadership were established as key principles from the outset.

Getting to consensus, getting to action

The first convening of the Consortium validated and affirmed the four initial areas of focus presented by CPSI. The participants agreed to come together, with a willingness to align collective efforts around common goals for patient safety, and collectively agreed that they did not want their shared efforts to be yet another national strategy, framework or report to sit on a shelf. They wanted traction and momentum, agreeing that “now is the time for action.” The Consortium developed its own action plan at that meeting:

The vision that emerged was of a consortium working together in fluid ways ... They wanted action by a patient safety movement that would continue to grow and gain momentum. The power of the consortium was viewed as an opportunity to mobilize on common goals and actions, and report on progress to demonstrate system improvement in patient safety. (CPSI 2014: 4)

The participants wanted to begin to make a measurable and meaningful difference for patients in the priority areas the Consortium would focus on. The concept of an integrated patient safety action plan was conceived, and CPSI was tasked by the Consortium to convene meetings for each focus area to identify and build consensus around priority goals and actions. The invitational stakeholder roundtable meetings and summits were held over 18 months specific to each area of focus. A scan and a report were prepared and circulated to participants, and a survey was conducted in advance of each meeting to begin to identify the initial priority goals. At the meeting, experts shared information and the survey results were discussed and validated. A meeting facilitator used a consensus approach – world café and modified Delphi voting – to confirm the stakeholders’ main priorities. Each meeting resulted in the development of an action plan with the active involvement of meeting participants.

The draft plans were shared after the meetings and validated by participants to ensure that the priorities resonated, organizations were identified to take on leadership for executing the actions and partners were confirmed (totalling more than 100 organizations across all plans). Through a consensus of 290 individuals who attended the invitational meetings, the Integrated Patient Safety Action Plan was the key outcome that combined and integrated all the actions developed as the collaborative result of proceedings at the Consortium, Surgical Care Safety Summit, Medication Safety Summit, Home Care Safety Roundtable, Infection Prevention and Control Summit and Patient Safety Education Roundtable.

Getting people to the table was the easy part. Getting to action with such ambitious plans could pose a challenge. Establishing consensus on a vision, a shared purpose, principles, priorities, structures and processes was still needed. Networks cannot be imposed; they are emergent and fluid, and they evolve (Milward and Provan 2006; Surman and Surman 2008; Tholl 2014). It needed to be explicitly recognized and respected that the organizations, associations and groups that came together brought with them different cultures and different sets of priorities. This work was all about unprecedented collaboration, avoiding competition and duplication and aligning and leveraging resources and efforts to provide some of the foundational supports and infrastructure and practical tools that could be spread across the country. The work could not be viewed as “yet another initiative”; it needed to create value for participants and their stakeholders and ultimately reduce the chaos, confusion and subsequent burden on the healthcare system when it comes to patient safety and healthcare quality. Deep and reflective listening and validation by all members were the basis for ongoing consensus development. Principle-based discussions and decision-making were also required.

A shared purpose, a shared vision

Shared purpose is a common thread in successful change programs (Gifford et al. 2012), and organizations and change initiatives with a strong shared purpose consistently outperform those without one (Boury et al. 2013). As frequently stated by Helen Bevan, NHS England's iconic change agent, "[Shared] purpose goes way deeper than vision and mission; it goes right into your gut and taps some part of your primal self. I believe that if you can bring people with similar primal-purposes together and get them all marching in the same direction, amazing things can be achieved" (2013: 36).

Through deep discussions, deliberation and rounds of wordsmithing and editing, a shared purpose was developed with the members of the Consortium. Shared purpose is the centre of the NHS England Change Model (Bevan et al. 2011). This model and philosophical lens were presented, recognizing that everyone brought different perspectives to the table. The shared purpose had to resonate with all, not just the "usual suspects." It could not just be about making CPSI's vision the Consortium's vision. Not surprisingly, Consortium members had a high level of interest in developing the purpose statement. It was important to them to commit to a bigger purpose rather than an initiative led by one organization. Together, the Consortium committed to a shared purpose "to drive a shared action plan for safer healthcare for Canadians." This shared purpose became the basis for how the initiative would evaluate its progress and impact.

To support the shared purpose, the Consortium stated that it needed to identify a set of guiding principles for the action plan to foster collaboration and promote alignment. The shared purpose and these principles provided the "true north" and were consistent throughout the length of the initiative:

- Patients and families as partners
- Unprecedented collaboration
- Mobilization on common goals and actions
- Transparency of actions and results
- Accountability to patients, families, partner organizations and stakeholders
- Commitment to improved quality of care
- Targeted and strategic communications
- Ongoing evaluation of the Integrated Patient Safety Action Plan

Form Follows Function

The Consortium had to take its shared purpose and translate it into a plan of action. At its second meeting in November 2014, the Consortium felt that some structures and processes were needed to support progress and to maintain shared leadership and commitment to ensure collaboration across the action plan. At this meeting, participants turned to CPSI and stated, "If not

you, then who?," and CPSI was appointed as the secretariat or coordinating body of the Consortium. The direction given to CPSI was clear: the Consortium wanted action and not just words, mobilization on shared goals, frequent communication and a demonstration of impact. A governance structure to meet these objectives needed to be affirmed and resourced. The literature and experience around collective impact were once again used as the basis (Figure 1).

Over 2015, the governance model was put in place. CPSI served as the coordinating body, a steering committee was established, an advisory communications group began implementing a strategic communications plan and an evaluation action team developed a logic model and evaluation plan. Leads groups for each area of focus were established to review progress, barriers and enablers to advancing the respective action plans. Action teams were struck to operationalize individual actions.

The mandate of the steering committee was to assess the ongoing alignment with the purpose of the Consortium "to drive a shared action plan for safer healthcare for Canadians" and its guiding principles and to serve as the oversight and decision-making body on behalf of Consortium participants. Members were confirmed by the Consortium, and patients were engaged as full partners at all levels of governance.

The Consortium agreed to the structures and processes to support the action plan (Figure 2). The structure was a shared leadership model focusing on collaboration, with patients and families participating at all levels. There are key considerations for successful shared governance models, particularly those with distributed leadership at many levels (Campbell 2006; O'Toole 1997; Surman and Surman 2008): the leads groups had overall responsibility for the action plan in their respective areas of focus, and leadership was needed at the action team level, where the real work was done to make the actions reality. Provincial and territorial deputy ministers of health were being kept apprised of the developments by CPSI and expressed support in principle. They also formally requested a seat at the steering committee, which was welcomed by the Consortium.

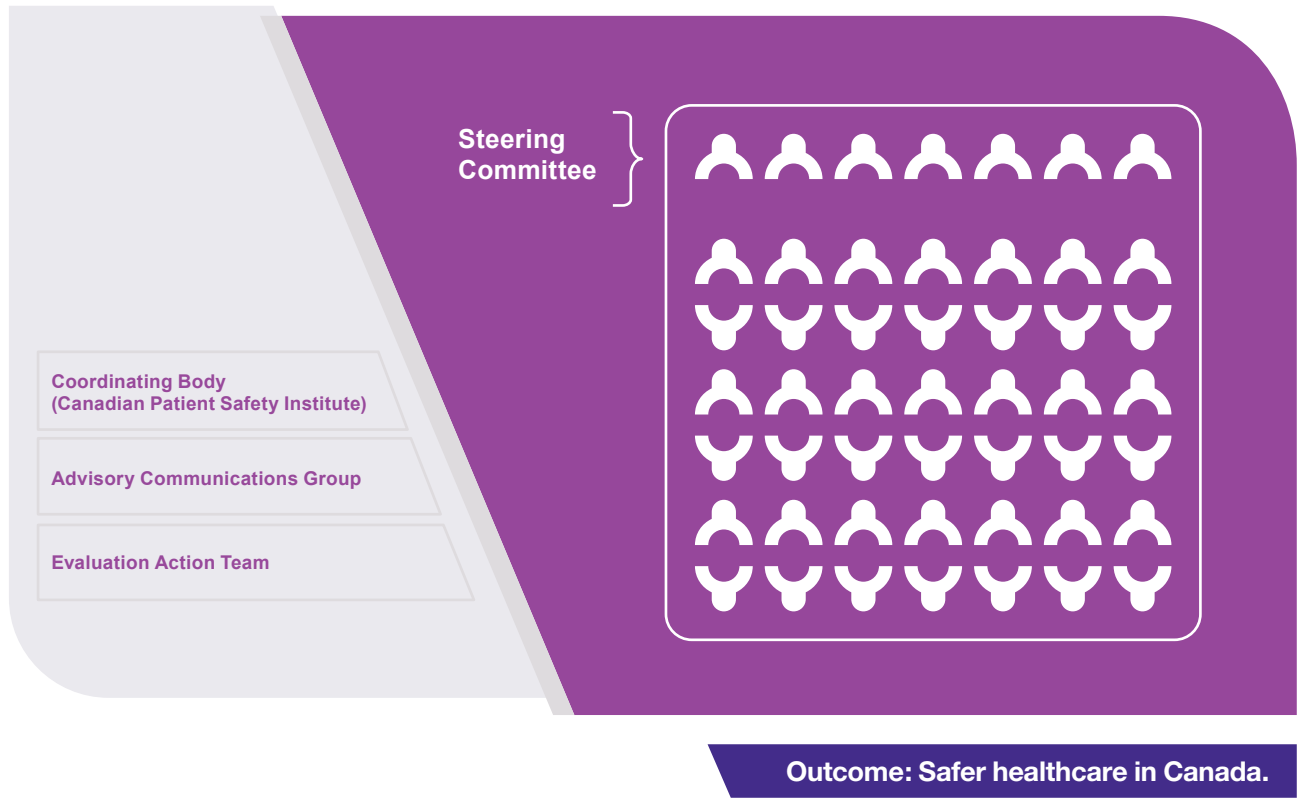
Structure plus Process Equals Outcome

By the third meeting of the Consortium in September 2015, structural elements were put in place and refined, and progress on the action plan was well on track. CPSI was providing the necessary infrastructure and support as the collective impact "backbone," a resource-intensive and necessary role. The plan had truly fostered unprecedented levels of collaboration among the hundreds of organizations and health system leaders and 27 patient/family representatives – a tremendous accomplishment in the face of many competing priorities. Progress against expected targets for each of the action plans was regularly reviewed and shared, and leads groups were regularly meeting to review priorities and opportunities for greater alignment. The

FIGURE 1.
National Patient Safety Consortium

NATIONAL PATIENT SAFETY CONSORTIUM

Purpose: To drive a shared action plan for safer healthcare for Canadians.



Consortium also made sure to celebrate its milestones and collective accomplishments. This spirit, as well as the guiding principles, perhaps helped provide the intrinsic impetus to maintain momentum and the commitment of the coalition members. Although reporting on the remarkable progress was important, the meaningful measurement of the process, outcome and impact was equally important to the Consortium. The Consortium had come far in a short time; thus, evaluating the initiative was critical:

Measurement is foundational to advancing improvement. It helps clarify goals, establish a shared sense of purpose, and confirm that organizations are heading in the right direction over time. However, measurement also carries the potential for unintended negative effects. Inaccurate measurement obscures the true state of affairs, leading either to ill-advised complacency or efforts disproportionately targeted on minor problems. (National Patient Safety Foundation 2015: 18)

Given the complexity of the structure, process and ambitious intended outcome, as well as the ebb and flow of participant involvement sometimes changing over the four years, evaluating the Consortium and the action plan would be a complex undertaking. The work had been iterative, organic and evolving, so the evaluation similarly needed to be flexible and adaptive.

Collective action, collective evaluation

One of the guiding principles was ongoing evaluation of the Integrated Patient Safety Action Plan. Volunteers from 18 Consortium participant organizations, including patient partners, came together as an evaluation action team to develop an extensive logic model and evaluation framework and engaged an independent consultant to implement the evaluation plan. It was easy to concur that using the collective impact framework for measurement was the right model for this evaluation and that securing an independent expert to provide objectivity was the right thing to do. The purpose was not just about measuring outputs

or outcomes; it was equally important to evaluate the processes and the collaboration (Preskill et al. 2014). Of course, progress needed to be demonstrated against goals and the achievement of outputs and outcomes to funders, members and, most importantly, patients and their families. However, it was about more than that; it was about evaluating and making sense of that progress.

The evaluation plan included four key questions:

1. *How do we collaborate?* This evaluation domain will investigate the Consortium’s capacity for and approach to effective collaboration. This domain uses the collective impact lens to examine how participating organizations interact and collaborate and how these collaborations enable the actions set forth by the action plan.
2. *What has been done?* This evaluation domain will investigate the execution of the actions set forth by the action plan and to what extent the outputs of those actions are used by players in the healthcare community.

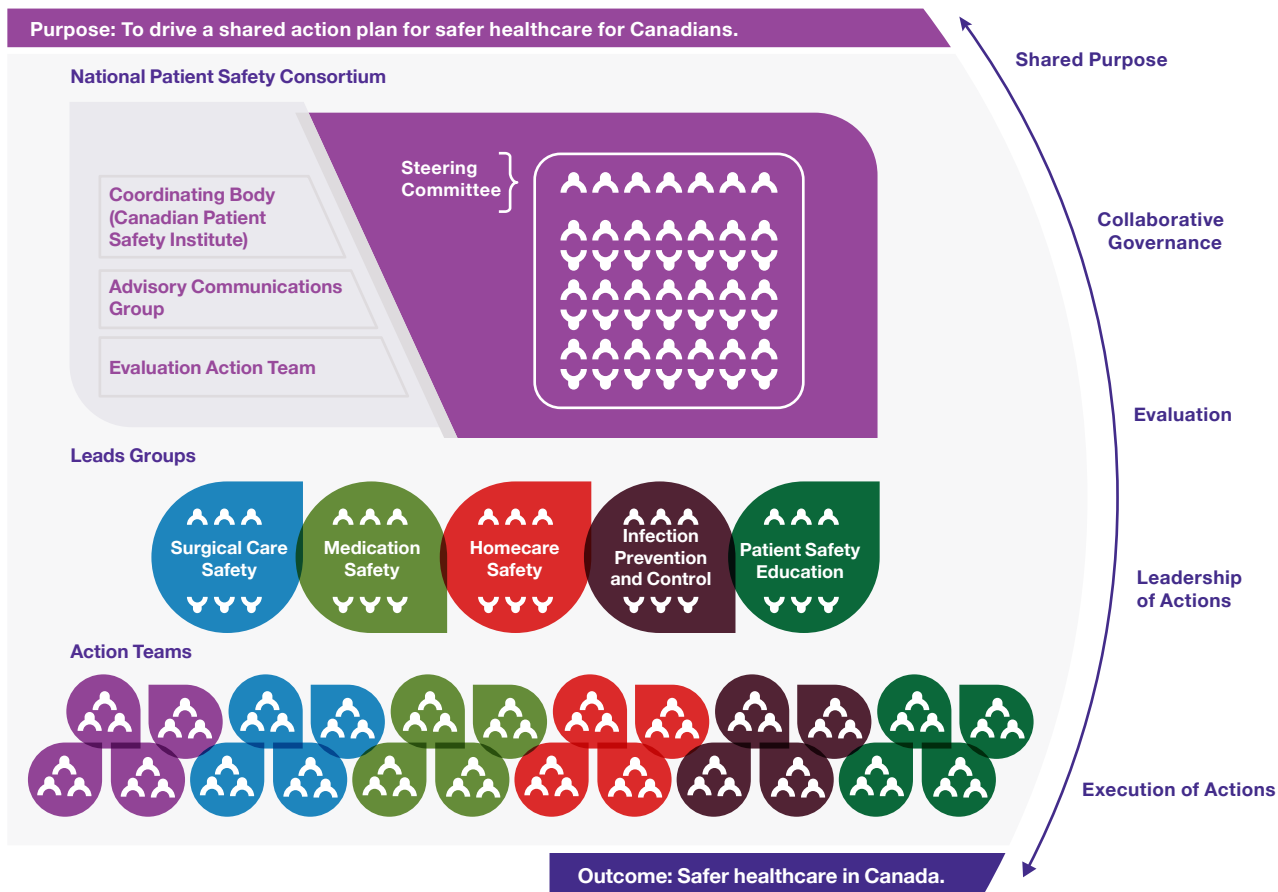
3. *How well is it working?* This evaluation domain will investigate the achievement of the goals set forth by the action plan and how meeting the goals facilitates an overall increase in system capacity to coordinate and improve patient safety.
4. *Is it making a difference?* This evaluation domain will investigate the impact the Consortium has on patient safety through the implementation of the action plan over time.

The evaluation included document review, key informant interviews, focus groups and an online survey. The external evaluators worked closely with the evaluation action team to coordinate evaluation activities, review and approve the evaluation methodology and tools and review and deepen early, interim and final findings and recommendations.

At the conclusion of the action plan and Consortium in 2018, the findings and recommendations from the evaluation were shared and celebrated with the hundreds of individuals

FIGURE 2.
Structure and process to support the Integrated Patient Safety Action Plan

STRUCTURE AND PROCESS TO SUPPORT THE INTEGRATED PATIENT SAFETY ACTION PLAN



and organizations that participated in the four-year initiative (Vision & Results Inc. 2018). Participation in the Integrated Patient Safety Action Plan from 2014 to 2018 grew to over 100 organizations, and the majority of the actions were completed. Eleven in-person meetings were held, involving 270 leaders and 27 patient and family members.

Among many other highlights, the evaluation found that "... the National Patient Safety Consortium modelled partnering with patients to improve patient safety; members of Patients for Patient Safety Canada were involved in every aspect of the National Patient Safety Consortium and Integrated Patient Safety Action Plan – from the formulation of strategies and action plans to participating as equal team members" (Vision & Results Inc. 2018). This work is receiving international attention for once again shining a spotlight on patient safety in Canada and the world and its focus on meaningful collaboration, particularly with the degree of patient involvement.

Lessons Learned: Sustaining and Strengthening Commitment for Patient Safety

The National Patient Safety Consortium and Integrated Patient Safety Action Plan resulted in unprecedented collaboration, policy and practice change and improved experiences for patients and providers across Canada. The action plan aimed to not only help make healthcare safer but also to change the way the health system thinks about patient safety and the way it approaches patient safety problems. Through its collective efforts, the Consortium evaluated its progress and the journey, how organizations were working together and if it was making a difference. And it did make a difference. However, moving from a focus on patient safety as an "initiative" or a "project" completed by a few to a shared accountability shared by all is the system-level cultural shift that Canada will need to strive to achieve going forward.

Participants recognized CPSI's significant role in orchestrating a large-scale initiative of this magnitude. As a national improvement organization, CPSI embraced this supportive leadership role; it serves its mandate by continuing to build patient safety improvement capability and capacity among health system partners so that they may, in turn, effectively assume their respective shared leadership roles for safer healthcare in Canada. Patients and family members also played an essential leadership role. Many organizations did not have experience partnering with patient advisors and gained greater comfort and capacity for engaging patients and families in their own work and greater prioritization for empowering patients with the resources and tools to effect change themselves.

Lessons learned include the importance of all partners developing a shared purpose and guiding principles as a "true north," the need for ongoing and targeted communication to

increase spread, a greater focus on shared measures to sustain and generate additional momentum, continuing to refine and choose actions with the greatest impact and letting go of some and involving more front-line providers and leaders in the work. These priorities were identified as needed to ensure a sustained long-term focus and commitment to patient safety improvement in all sectors and at all levels of the health system. Learning from its important investments in the Consortium, CPSI will continue to support ongoing knowledge translation and the implementation and evaluation of several action plan outputs prioritized at the last Consortium meeting in October 2017. CPSI will also continue to engage in evaluating findings and the evidence and impact achieved by the many partners working together to achieve safer healthcare in Canada (fifth meeting report) (CPSI 2017). CPSI has also incorporated lessons learned and outputs achieved through the Consortium to advance its bold new strategy, Patient Safety Right Now, which positions the organization to lead system strategies to ensure safe healthcare by demonstrating what works and strengthening the commitment of everyone with a role in healthcare safety: policy makers, leaders, healthcare providers and patients and the public (CPSI 2018).

The National Patient Safety Consortium and its Integrated Patient Safety Action Plan are an example of true collective impact. The action plan harnessed the energy of many organizations to focus improvement efforts on patient safety; the Consortium reaffirmed patient safety as a priority across all health systems and a growing social cause in Canada. The work showed that large-scale collaboration is transformational. The Consortium and action plan changed the way people work, the way they are collaborating. The initiative has changed the patient safety culture at a system level in Canada, ultimately benefitting the patients and families we serve. **HQ**

References

- Baker, G.R. 2015, November 9. *Beyond the Quick Fix: Strategies for Improving Patient Safety*. Toronto, ON: Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto. Retrieved July 8, 2019. <<https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2015/11/Beyond-the-Quick-Fix-Baker-2015.pdf>>.
- Bevan, H. 2013, March. *Unleashing Energy for Change*. Presented at the NHS Change Day 2013. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.slideshare.net/NHSChangeDay/unleashing-energy-for-change-helen-bevan>>.
- Bevan, H., P. Plsek and L. Winstanley. 2011. *Part 1: Leading Large-Scale Change: A Practical Guide*. Coventry, UK: NHS Institute for Innovation and Improvement. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2011/06/Leading-Large-Scale-Change-Part-1.pdf>>.
- Boaden, R., G. Harvey, C. Hannibal and N. Proudlove. 2009. *Quality Improvement: Theory and Practice in Healthcare*. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/quality-improvement-theory-practice-in-healthcare/>>.

- Boury, D., D. Lucy, A. Sinclair and C. Jackson. 2013, February. *The Management Agenda 2013*. West Sussex, UK: Roffey Park Institute. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.roffeypark.com/wp-content/uploads2/The-Management-Agenda-2013-with-covers1.pdf>>.
- Campbell, M.M. 2006. In Search of a Best Practice Model for the Hospital-Foundation Relationship. *AHP Journal* (Fall): 8–23.
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2014. *Forward with Patient Safety: Commitment Through Action. National Patient Safety Consortium*. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 8, 2019. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/PatientSafetyForwardWith4/Documents/Forward%20with%20Patient%20Safety_Compromise%20through%20Action.pdf>.
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2015a. *Never Events for Hospital Care in Canada: Safer Care for Patients*. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/NeverEvents/Documents/Never%20Events%20for%20Hospital%20Care%20in%20Canada.pdf>>.
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2015b. *Patient Safety and Quality Strategies: An International Environmental Scan*. Edmonton, AB: Author.
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2017. *National Patient Safety Consortium & Leads Meeting*. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/PatientSafetyForwardWith4/Documents/Forward%20With%20Four%20Consortium%20Report%202017.pdf>>.
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2018. *Patient Safety Right Now: Canadian Patient Safety Institute 2018 – 2023 Business Plan*. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Patient-Safety-Right-Now/Documents/2018-2023%20Business%20Plan.pdf>>.
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI), Canadian College of Health Leaders, HealthCareCAN and Healthcare Insurance Reciprocal of Canada. 2018, January. *Patient Safety Culture “Bundle” for CEOs/Senior Leaders*. Edmonton, AB: CPSI. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Patient-Safety-Culture-Bundle/Pages/default.aspx>>.
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI) and National Patient Safety Institute. 2015. *Patient Safety and Quality Priorities for Consortium Participants*. Edmonton, AB: Author. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Patient-Safety-Quality-Priorities-Snap-Shot/Pages/default.aspx>>.
- Collective Impact Forum. 2014. *Collective Insights on Collective Impact. Stanford Social Innovation Review*. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.collectiveimpactforum.org/resources/collective-insights-collective-impact>>.
- Collective Impact Forum. 2016. *Collective Impact Principles of Practice*. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.collectiveimpactforum.org/sites/default/files/Collective%20Impact%20Principles%20of%20Practice.pdf>>.
- Finney, L. 2013. *Our Shared Purpose – A Practical Guide*. National Health Service. Horsham, UK: Roffey Park Institute. Retrieved July 8, 2019. <<http://ihpme.webservices.utoronto.ca/Assets/IHPME+Digital+Assets/IHPME/hpme/events/bevan/bevan-practical-guide.pdf>>.
- Gifford, J., D. Boury, L. Finney, V. Garrow, C. Hatcher, M. Meredith et al. 2012, July. *What Makes Change Successful in the NHS? A Review of Change Programmes in NHS South of England*. West Sussex, UK: NHS South of England & Roffey Park Institute. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.roffeypark.com/wp-content/uploads2/NHS-South-of-England-What-makes-change-successful-report1.pdf>>.
- Hanleybrown, F., J. Kania and M. Kramer. 2012. Channeling Change: Making Collective Impact Work. *Stanford Social Innovation Review*. Retrieved July 8, 2019. <https://ssir.org/pdf/Channeling_Change_PDF.pdf>.
- Institute for Safe Medication Practices Canada, Canadian Patient Safety Institute (CPSI), Patients for Patient Safety Canada, Canadian Pharmacists Association and Canadian Society of Hospital Pharmacists. 2016. *5 Questions to Ask about Your Medications*. Edmonton, AB: CPSI. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/5-Questions-to-Ask-about-your-Medications/Documents/Med%20Safety%20Checklist%20Poster.pdf>>.
- Kaplan, R.S. and D.P. Norton. 2008. Mastering the Management System. *Harvard Business Review* 86(1): 62–77. Retrieved September 3, 2019. <<https://hbr.org/2008/01/mastering-the-management-system>>.
- Kotter, J. 2018. *8 Steps to Accelerate Change in Your Organization*. Cambridge, MA: Kotter Incorporated. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.kotterinc.com/8-steps-process-for-leading-change/>>.
- McCannon, C.J., M.W. Schall and R.J. Perla. 2008. *Planning for Scale: A Guide for Designing Large-Scale Improvement Initiatives*. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Retrieved July 8, 2019. <<http://www.ihio.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/PlanningforScaleWhitePaper.aspx>>.
- Milward, H.B. and K.G. Provan. 2006. *A Manager’s Guide to Choosing and Using Collaborative Networks*. IBM Center for The Business of Government. Retrieved July 8, 2019. <<http://www.businessofgovernment.org/sites/default/files/CollaborativeNetworks.pdf>>.
- National Health Service. 2013. *An Introduction to the NHS Change Model. NHS Improving Quality*. Retrieved July 8, 2019. <https://www.nhs.uk/media/235711/change-and-improvement-nhs_change_model_july20131.pdf>.
- National Patient Safety Foundation. 2015. *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*. Boston, MA: Author. Retrieved July 8, 2019. <<http://www.ihio.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>>.
- O’Toole, L.J., Jr. 1997. Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas in Public Administration. *Public Administration Review* 57(1): 45–52. doi:10.2307/976691.
- Patient Engagement Action Team. 2017. *Engaging Patients in Patient Safety – A Canadian Guide*. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Patient-Engagement-in-Patient-Safety-Guide/Documents/Engaging%20Patients%20in%20Patient%20Safety.pdf>>.
- Perla, R.J., E. Bradbury and C. Gunther-Murphy. 2013. Large-Scale Improvement Initiatives in Healthcare: A Scan of the Literature. *Journal for Healthcare Quality* 35(1): 30–40. doi:10.1111/j.1945-1474.2011.00164.x.
- Preskill, H., M. Parkhurst and J. Splansky Juster. 2014. *Guide to Evaluating Collective Impact: Learning and Evaluation in the Collective Impact Context*. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.collectiveimpactforum.org/resources/guide-evaluating-collective-impact>>.
- RiskAnalytica. 2017, August. *The Case for Investing in Patient Safety in Canada*. North York, ON: Author. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Documents/The%20Case%20for%20Investing%20in%20Patient%20Safety.pdf>>.
- Slawomirski, L., A. Auraen and N.S. Klazinga. 2017. *The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at National Level*. OECD Health Working Papers 96. doi:10.1787/5a9858cd-en.

Surman, T., and M. Surman. 2008. Listening to the Stars: The Constellation Model of Collaborative Social Change. *Social Space* 1(1): 24–29.

Tholl, B. 2014. Taking a Value Network from Concept to Reality: Canadian Health Leadership Network (a Case Study). *Healthcare Management Forum* 27(3): 118–22. doi:10.1016/j.hcmf.2014.05.005.

Turner, S., K. Merchant, J. Kania and E. Martin. 2012. Understanding the Value of Backbone Organizations in Collective Impact. *Stanford Social Innovation Review*. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.collectiveimpactforum.org/resources/value-backbone-organizations-collective-impact>>.

Vision & Results Inc. 2018, July. *Evaluation of the National Patient Safety Consortium & Integrated Patient Safety Action Plan. Final Report*. Toronto, ON: Author. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Evaluation-National-Patient-Safety-Consortium/Documents/National%20Consortium%20Executive%20Summary%202018.pdf>>.

Wade, J., G.R. Baker, J. Bulman, P. Fraser, J. Miller, W. Nicklin et al. 2002. *Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care*. National Steering Committee on Patient Safety. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute.

World Health Organization Europe. 2008. *Guidance on Developing Quality and Safety Strategies with a Health System Approach*. Copenhagen, Denmark: Author. Retrieved July 8, 2019. <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf>.

Yu, A., K. Flott, N. Chainani, G. Fontana and A. Darzi. 2016. *Patient Safety 2030*. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre. Retrieved July 8, 2019. <<https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>>.

About the Authors

Sandi Kossey is the senior director of strategic partnerships and priorities at the Canadian Patient Safety Institute.

Chris Power is the CEO of the Canadian Patient Safety Institute.

Leslee Thomson is the president and CEO of Health Standards Organization and Accreditation Canada.

Kathleen Morris is the vice president of research and analysis of the Canadian Institute for Health Information.

Shelagh Maloney is the executive vice president of engagement and marketing of Canada Health Infoway.

Lee Fairclough is the vice president of quality improvement of Health Quality Ontario.

Deborah Prowse is a member and former co-chair of Patients for Patient Safety Canada.

Hina Laeeque is a senior program manager at the Canadian Patient Safety Institute.

Correspondence may be directed to: Sandi Kossey, Canadian Patient Safety Institute; phone: 780-394-8220; e-mail: skossey@cpsi-icsp.ca; Twitter: @ptsafety_sandi.

Consortium national sur la sécurité des patients : les enseignements d'une collaboration à grande échelle

Sandi Kossey, Chris Power, Leslee Thomson, Kathleen Morris, Shelagh Maloney, Lee Fairclough, Deborah Prowse et Hina Laeeque

Résumé

De 2014 à 2018, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a regroupé des partenaires clés pour constituer le Consortium national sur la sécurité des patients afin de faire progresser un plan d'action commun pour des soins de santé plus sécuritaires. Avec le développement d'un consensus sur les priorités essentielles, un niveau sans précédent de collaboration et de leadership partagés entre divers intervenants ainsi que des patients et leurs familles, le Consortium et son plan d'action commun pour la sécurité des patients a permis l'essor d'une véritable culture d'engagement et d'amélioration partout au Canada.

Un leadership national grâce au Consortium national sur la sécurité des patients

Créé par Santé Canada en 2003, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) travaille de concert avec les gouvernements, les organismes de santé, les leaders, les prestataires de soins de santé et les patients pour apporter des améliorations substantielles au niveau de la sécurité des patients et de la qualité des soins de santé (CPSI 2018). En 2013, l'ICSP s'est engagé à remplir son mandat : établir une stratégie nationale intégrée pour la sécurité des patients (Wade et al. 2002). L'ICSP et ses membres estimaient que les conditions étaient alors propices pour regrouper les intervenants clés du système de santé canadien afin de coordonner leurs efforts et se pencher sur les principaux défis en lien avec la sécurité des patients.

Selon l'ICSP, il était essentiel de former une coalition de participants résolus, sachant que tout effort visant des changements réels en matière de sécurité dépasse largement la capacité de gestion d'un seul organisme et ne peut réussir s'il est perçu comme une initiative indépendante et ponctuelle. Il fallait un engagement à plusieurs niveaux au sein de plusieurs organismes pour atteindre la synergie et le niveau de collaboration requis pour accélérer le rythme du changement. C'est ainsi que, de 2014 à 2018, l'ICSP et ses partenaires ont fondé le Consortium national sur la sécurité des patients visant à promouvoir un plan d'action commun pour des soins de santé plus sécuritaires.

Le Consortium réunissait 50 organismes canadiens autour d'un même objectif : faire progresser un plan d'action commun pour améliorer la sécurité des soins pour tous les Canadiens. Y ont participé des représentants des gouvernements (fédéral, provinciaux et territoriaux), des organismes de qualité et de sécurité provinciaux (par exemple, le Conseil albertain de la qualité des services de santé, Qualité des services de santé Ontario, la Collaboration sur la qualité des soins et la sécurité des patients de l'Atlantique), des organismes pancanadiens (par exemple, Agrément Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, Inforoute Santé du Canada, la Commission de la santé mentale du Canada), des organismes de prestation de soins (par exemple, le système de santé de l'Alberta, University Health Network, Santé Î.-P.-É.), des groupes professionnels

(par exemple, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne de protection médicale, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, PCI Canada) et des partenaires parmi les patients et leurs familles (par exemple, Patients pour la sécurité des patients du Canada, Patients Canada). En s'appuyant sur les données probantes et après de vastes consultations, l'ICSP a identifié les centres d'intérêt de départ (la sécurité des soins chirurgicaux, la sécurité des médicaments, la sécurité des soins à domicile ainsi que la prévention et le contrôle des infections), gardant en tête que l'éducation en matière de sécurité des patients est à la base de la sécurité dans ces domaines.

Les résultats du Consortium et de son plan d'action pour la sécurité des patients incluent des outils de communication pour les patients et leurs fournisseurs sur la sécurité des médicaments (Institute for Safe Medication Practices Canada et coll. 2016), un appel à l'action sur les mécanismes d'apprentissage et de déclaration des événements qui ne devraient jamais arriver (CPSI 2015a), un ensemble pour la culture de la sécurité des patients à l'intention des cadres supérieurs (CPSI et coll. 2018), des outils pour l'engagement des patients (Patient Engagement Action Team 2017) et bien plus encore. Le Consortium national sur la sécurité des patients a mis en œuvre un modèle d'impact collectif qui a été qualifié « d'exemplaire » par un groupe d'évaluation indépendant (Vision & Results Inc. 2018).

Les articles qui suivent dans ce numéro spécial de *Healthcare Quarterly* mettent en lumière quelques-unes des initiatives clés émanant de cette volonté transformationnelle à grande échelle et qui a comme objectif l'atteinte de soins de santé plus sécuritaires au Canada.

Sécurité des patients : une crise de santé publique croissante

Les patients s'attendent à recevoir des soins de santé de haute qualité. D'abord et avant tout, les soins devraient être sécuritaires. Mais en dépit des efforts, la fréquence des incidents en lien avec la sécurité des patients reste à un niveau préoccupant au Canada. À ce rythme, au cours des 30 prochaines années, 12,1 millions de gens auront été blessés par le système de santé censé les soigner et 1,2 millions risquent en réalité de perdre la vie en raison d'événements indésirables évitables (RiskAnalytica 2017). Des changements transformationnels au niveau du système entier sont requis pour réduire de telles estimations et pour atteindre les meilleurs résultats et expériences possibles auprès des usagers des systèmes de santé au Canada. La sécurité des patients demeure une priorité qui demande une attention nationale coordonnée. Selon nous, l'amélioration de la situation est un impératif tant moral qu'éthique.

Pour faire face à la crise de santé publique croissante, nombre d'initiatives portent sur la sécurité des patients un peu partout

dans le monde (Baker 2015; National Patient Safety Foundation 2015; Slawomirski et coll. 2017; Yu et coll. 2016). Aucune région, système de santé ou pays n'a encore trouvé la clef du code et les experts s'entendent pour dire qu'il n'y a pas de solution miracle. Nous pouvons tout de même apprendre beaucoup des efforts déployés dans d'autres pays. Le contexte national peut être différent, mais des leçons communes se dégagent. L'Écosse, le Danemark et les É.-U. sont des exemples notoires où de fortes stratégies nationales en matière de soins de santé de qualité sont éclairées par un constant souci de la sécurité des patients, qui est vue comme force motrice pour les résultats en matière d'amélioration de la qualité (CPSI 2015b; Slawomirski et coll. 2017). Les expériences de ces pays et d'autres ont démontré qu'une amélioration à grande échelle passait par la volonté politique, l'engagement des gouvernements, un leadership fort de même qu'une harmonisation et une coordination du système, le tout en mettant les patients au cœur des efforts.

Bien que nous puissions apprendre des autres, de nombreux pays se tournent vers le Canada pour en tirer des leçons. Il y a, au Canada, plusieurs organismes nationaux et provinciaux qui se consacrent à la qualité et à la sécurité des patients. Ces divers intervenants œuvrent dans leur domaine respectif à l'amélioration de la santé et de la sécurité des Canadiens. Cependant, des obstacles se présentent lors du partage collectif de l'expertise ou dans l'élaboration d'une vision conjointe concernant la sécurité des soins. Compte tenu du contexte et de la complexité des systèmes de santé canadiens, établir un engagement pan-canadien en matière d'amélioration de la sécurité des patients nécessite une approche théorique et un modèle de changement différents, axés sur la collaboration, le leadership partagé et la pleine participation des patients.

C'était la coalition des volontés, où les membres partageaient leurs connaissances et leurs efforts pour définir une vision commune de la sécurité des soins de santé au Canada.

Pourquoi un Consortium?

Le Consortium était un appel à l'action pour la sécurité des patients – une initiative pour un changement à grande échelle, fondée sur l'impact collectif de plus de 50 organismes de soins de santé, incluant les gouvernements, des regroupements professionnels, des patients et leurs familles, des organismes de prestation de services de santé, des législateurs, des formateurs et des agences ou associations nationales et provinciales. C'était la coalition des volontés, où les membres partageaient leurs connaissances et leurs efforts pour définir une vision commune de la sécurité des soins de santé au Canada. La vision était claire, mais comme dans tout ce qui concerne les soins de santé, le chemin pour y arriver était abrupt et complexe. Il fallait constamment maintenir la capacité d'adaptation, la

flexibilité, la prise d'initiatives et la négociation pour forger un consensus quant aux priorités et aux processus et, surtout, pour préserver la lancée et l'impact. Le parcours lui-même fut aussi important que les résultats obtenus pour assurer et maintenir l'engagement du Consortium.

L'ICSP a franchi une première étape importante en incitant ses partenaires à s'engager dans cette voie, et il importe de souligner l'importance de la « préparation du terrain ». Les étapes préliminaires ont joué un rôle capital au niveau de la sensibilisation, de l'intérêt, voire même de la curiosité entourant la décision de l'ICSP de convoquer un Consortium national sur la sécurité des patients. Les engagements initiaux étaient récurrents, mais sans doute essentiels pour mousser la coalition, de même que les conversations informelles et les consultations auprès de nombreux leaders et experts en sécurité des patients avant même que le vrai travail ne débute. Une réunion préliminaire avec des intervenants clés (comme l'Institut canadien d'information sur la santé, Agrément Canada, l'Association canadienne de protection médicale ou le Healthcare Insurance Reciprocal of Canada) a eu lieu avant la première réunion officielle du Consortium pour recueillir des renseignements, obtenir des réactions et vérifier si l'initiative était sur la bonne voie. Des discussions ont eu lieu avec des homologues internationaux également engagés dans une collaboration à l'échelle nationale pour la qualité des soins et la sécurité des patients (Australie, les É.-U. et le R.-U.).

La réunion inaugurale du Consortium a eu lieu en janvier 2014, mais plusieurs mois de travail avaient été effectués avant cette journée afin de préparer le terrain pour les discussions et les travaux à venir. Une recherche et une analyse internationales des diverses stratégies pour la qualité des soins et la sécurité des patients ont été menées pour déterminer la structure et les processus qui conviendraient le mieux à une stratégie pour le Canada (CPSI 2015b; CPSI et National Patient Safety Consortium 2015). Afin de parfaire et améliorer les plans, nous nous sommes intéressés aux théories sur le changement (Kaplan et Norton 2008; Kotter 2018; Perla et coll. 2013), aux modèles d'initiatives pour les transformations à grande échelle (Bevan et coll. 2011; Boaden et coll. 2009; Finney 2013; McCannon et coll. 2008; National Health Service 2013; World Health Organization Europe 2008) et aux processus d'impact collectif en matière de société et d'amélioration continue (Collective Impact Forum 2014, 2016; Hanleybrown et coll. 2012; Turner et coll. 2012).

S'appuyant sur les données probantes et l'expérience en matière de sécurité des patients, et suivant une vaste campagne de consultation au pays et dans le monde, l'ICSP a défini quatre domaines prioritaires : la sécurité des soins chirurgicaux, la sécurité des médicaments, la prévention et le contrôle des infections et la sécurité des soins à domicile. Ces domaines prioritaires à risque élevé ont été déterminés par consensus comme ayant un impact significatif sur la qualité et sur le fardeau des coûts et des blessures. Les principaux intervenants

ont été impliqués dès le départ et leur contribution a été importante, car le Consortium envisagé devait offrir une plus-value aux organismes si on voulait obtenir leur contribution. Le développement conjoint et le leadership partagé ont été établis dès le départ comme principes clés.

Consensus et action

La première réunion du Consortium a servi à valider les quatre domaines prioritaires initialement proposés par l'ICSP. Les participants se sont regroupés pour unir leurs efforts en fonction d'objectifs communs en matière de sécurité des patients. Ils ont convenu qu'il n'était pas question de voir cet effort finir sur une tablette, comme tant d'autres stratégies, cadres ou rapports nationaux. Ils voulaient profiter de l'élan et de l'effet d'entraînement, tous convaincus qu'il était « temps d'agir ». Le Consortium a élaboré son plan d'action lors de cette réunion :

La vision qui s'est dégagée était celle d'un consortium dont les membres travailleraient ensemble de manière fluide. [...] Ils voulaient une intervention de la part d'un mouvement axé sur la sécurité des patients qui continuerait de se développer et de s'affermir. L'efficacité du consortium était considérée comme la possibilité de mobiliser les intervenants à l'égard de mesures et d'objectifs communs et de rendre compte de l'évolution de la situation afin de démontrer l'amélioration du système relatif à la sécurité des patients. (CPSI 2014 : 4)

L'objectif était d'avoir une forte incidence mesurable auprès des patients dans chacun des domaines prioritaires ciblés. Le Consortium a mis au point un plan d'action intégré sur la sécurité des patients et a confié à l'ICSP la tâche de convoquer des réunions pour chacun des domaines d'intervention afin de dégager un consensus autour d'objectifs et d'actions prioritaires. Pendant 18 mois, des tables rondes et des sommets sur invitation ont été organisés pour chacun des domaines d'intervention. Dans chaque cas, une analyse et un rapport ont été préparés puis distribués aux participants. Une enquête avait été menée préalablement aux réunions pour commencer à préciser les objectifs prioritaires initiaux. Lors des réunions, les experts ont échangé leurs informations puis validé les résultats des enquêtes. L'animateur favorisait une approche consensuelle – méthode du world café et processus Delphi modifié – pour confirmer les priorités. Les participants se sont activement impliqués à chaque réunion, ce qui a permis l'élaboration de plans d'action précis.

Les ébauches des plans ont été distribuées pour validation par les participants afin de garantir la cohérence des priorités. Des organismes ont été identifiés pour assumer le leadership dans l'exécution des actions requises et les partenaires ont été confirmés (plus de 100 organismes pour l'ensemble des plans).

Grâce au consensus atteint par les 290 participants, le principal succès des diverses réunions sur invitation aura été le Plan d'action intégré sur la sécurité des patients. Ce dernier combine et intègre toutes les actions retenues, fruits d'un effort collaboratif dans les échanges qui ont eu lieu lors du Consortium, du Sommet sur la sécurité des soins chirurgicaux, du Sommet sur la sécurité des médicaments, de la Table ronde sur la sécurité des soins à domicile, du Sommet sur la prévention et le contrôle des infections et de la Table ronde sur l'éducation en sécurité des patients.

Réunir les gens était la partie la plus facile. Passer à l'action avec des plans aussi ambitieux pouvait poser problème. Restait encore à établir un consensus autour d'une vision, d'un objectif commun, de principes, de priorités, de structures et de procédures. La qualité d'un réseautage ne se fait pas sur commande; c'est un phénomène émergent et fluide qui évolue (Milward et Provan 2006; Surman et Surman 2008; Tholl 2014). Il importait donc d'accepter et de respecter explicitement que les organismes, associations ou groupes en présence arrivaient avec différentes cultures organisationnelles et diverses perspectives et priorités. La clé de la réussite reposait sur un type de collaboration sans précédent, passant outre la concurrence et les chevauchements, tout en alignant et en tirant parti des ressources et des efforts déployés pour établir les fondations, l'infrastructure et des outils pratiques à même d'être déployés à travers le pays. Il était hors de question de considérer ce travail comme « une autre belle initiative »; il fallait qu'il représente une valeur sûre aux yeux des partenaires et, à terme, réduire le chaos, la confusion et le fardeau souvent associés à la sécurité des patients et à la qualité des soins dans le système de santé. Une écoute attentive et réfléchi suivi d'une validation par tous les membres était à la base du développement d'un consensus. Fonder les discussions et les prises de décision sur des principes solides étaient tout aussi importants.

Objectif commun, vision partagée

Avoir des objectifs communs est une condition essentielle à la réussite des programmes de changement (Gifford et coll. 2012); les organismes et initiatives de changement qui partagent un objectif commun sur une base solide obtiennent systématiquement de meilleurs résultats que ceux qui n'en partagent pas (Boury et coll. 2013). Comme le dit fréquemment Helen Bevan, l'agente de changement emblématique du NHS en Angleterre, « un objectif commun va toujours bien plus loin qu'une vision ou une mission; ça se joue au niveau des tripes tout en stimulant une partie du moi primal. Si vous arrivez à réunir des gens qui partagent les mêmes objectifs primaires et à les faire marcher dans la même direction, vous pouvez accomplir de grandes choses » (2013: 36).

Grâce aux discussions, aux délibérations et aux jeux de reformulation, un objectif commun a été défini au sein des membres

du Consortium. Ce type d'objectif est au centre du modèle de changement pour le NHS en Angleterre (Bevan et coll. 2011). Ce modèle et son point de vue philosophique ont été mis de l'avant, tout en sachant que chacun apportait une perspective différente à la table. L'objectif commun devait trouver écho auprès de tous, pas seulement auprès des « suspects habituels ». Il n'était pas question d'imposer la vision de l'ICSP. Il n'est donc pas surprenant que les membres du Consortium aient manifesté beaucoup d'intérêt dans l'élaboration de l'énoncé de l'objectif. Il était important pour eux de s'engager envers un objectif plus vaste plutôt que d'endosser une initiative prônée par un seul organisme. Ensemble, ils se sont engagés à atteindre une vision commune : « faire progresser un plan d'action commun pour améliorer la sécurité des soins pour tous les Canadiens ». Cet objectif est devenu l'étalon selon lequel l'initiative évaluerait son progrès et l'impact qu'elle aurait.

Pour appuyer l'objectif, le Consortium a pris acte qu'il convenait d'identifier un ensemble de principes directeurs pour le plan d'action afin de favoriser la collaboration et de promouvoir l'alignement. L'objectif commun et ces principes assuraient le « nord géographique » requis pour maintenir la cohérence tout au long de l'initiative :

- Les patients et leurs familles en tant que partenaires
- Une collaboration sans précédent
- Une mobilisation autour d'actions et d'objectifs communs
- Une transparence au sujet des actions et des résultats
- Une responsabilité envers les patients, leurs familles, les organismes partenaires et les intervenants
- Un engagement envers l'amélioration de la qualité des soins
- Des communications ciblées et stratégiques
- Une évaluation constante du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients

Forme tributaire de la fonction

Le Consortium devait transposer son objectif commun en plan d'action. Lors de la deuxième réunion, en novembre 2014, le Consortium a estimé qu'il fallait compter sur un certain nombre de structures et procédés pour superviser les progrès et maintenir le leadership et l'engagement commun, afin d'assurer la collaboration dans l'ensemble du plan d'action. Au cours de cette réunion, les participants ont interpellé l'ICSP : « si ce n'est pas vous, alors qui le fera? ». L'ICSP a ainsi été désigné comme secrétariat ou organe de coordination du Consortium. Les directives pour l'ICSP étaient claires : le Consortium voulait de l'action et pas seulement des mots, une mobilisation sur des objectifs partagés, des communications fréquentes et une preuve d'impact. Une structure de gouvernance permettant d'atteindre ces objectifs devait être mise en place et dotée de ressources. La documentation et les expériences autour

de l'impact collectif ont encore une fois servi de base pour ce travail (Figure 1).

Au cours de 2015, le modèle de gouvernance a été mis en place. L'ICSP a servi d'organe de coordination, un comité directeur a été créé, un groupe consultatif a commencé la mise en œuvre d'un plan de communication stratégique alors qu'une équipe de travail a reçu le mandat de développer un modèle logique et un plan d'évaluation. Des groupes responsables dans chacun des domaines d'intervention ont été mis en place pour suivre les progrès, repérer les obstacles et identifier les outils à même de faire avancer leur plan d'action respectif. D'autres équipes ont été constituées pour rendre opérationnelles chacune des actions.

Le comité de direction avait pour mandat d'évaluer l'alignement de l'ensemble sur l'objectif premier du Consortium « faire progresser un plan d'action commun pour améliorer la sécurité des soins pour tous les Canadiens » ainsi que sur ses principes directeurs. Ce comité servait aussi d'organe décisionnel et de surveillance au nom des participants du Consortium. Les membres ont été confirmés par le Consortium et des patients ont été intégrés en tant que pleins partenaires à tous les niveaux de gouvernance.

Le Consortium a approuvé les structures et procédures permettant d'appuyer le plan d'action (Figure 2). La structure était un modèle de leadership partagé axé sur la collaboration, à laquelle participaient des patients et leurs familles à tous les niveaux. La réussite des modèles de gouvernance partagée repose sur certaines considérations clés, en particulier les modèles dont le leadership se répartit sur divers échelons (Campbell 2006; O'Toole 1997; Surman et Surman 2008). Les groupes responsables avaient ainsi la responsabilité générale du plan d'action dans leur domaine d'intervention respectif et le leadership était nécessaire au niveau des équipes de travail, là où se concrétisent les actions. Les sous-ministres de la Santé des provinces et des territoires ont été tenus au courant des développements par l'ICSP et ont exprimé un soutien de principe. Ils ont également officiellement demandé à siéger au comité directeur, ce qui a été bien accueilli par le Consortium.

Structure et processus garants de résultats

Dès la troisième réunion du Consortium, en septembre 2015, les éléments structurels étaient en place. L'avancement du plan d'action était aussi bien engagé. Pour donner une ossature à l'effort collectif, l'ICSP fournissait l'infrastructure et le soutien requis, ce qui exigeait d'importantes ressources. Le plan avait véritablement stimulé un niveau de collaboration sans précédent entre des centaines d'organismes et intervenants clés du système de santé, y compris 27 représentants des patients et familles – un accomplissement remarquable au vu des nombreuses priorités concurrentes. Les progrès réalisés en fonction des objectifs pour chacun des plans d'action ont été

régulièrement évalués et partagés, et les groupes directeurs se sont régulièrement réunis pour se pencher de nouveau sur les priorités et les possibilités d'optimisation. Le Consortium s'est fait un devoir de souligner l'atteinte des grandes étapes et des réussites collectives. Cette attitude, en conjonction avec les principes directeurs, a sans doute contribué à nourrir l'impulsion requise pour entretenir la dynamique et l'engagement des membres de la coalition. Bien qu'il était important de rendre compte des progrès effectués, une véritable mesure de rendement du processus, des résultats et de l'impact était tout aussi importante. Le Consortium avait accompli beaucoup en bien peu de temps, une évaluation de l'initiative s'imposait :

La mesure est essentielle à la promotion d'un processus d'amélioration. Cela aide à clarifier les objectifs, à établir une prise de conscience commune et à s'assurer avec le temps que les organismes sont orientés dans la bonne direction. Cependant, les mesures peuvent également avoir des effets négatifs imprévus. Une mesure inexacte pourrait masquer la réalité et mener à une attitude complaisante inappropriée, ou encore à des efforts disproportionnés axés sur des problèmes mineurs. (National Patient Safety Foundation 2015 : 18)

Étant donné la complexité de la structure, du processus et de l'ambition des résultats attendus, de même qu'une inévitable fluctuation dans la participation des intervenants pendant quatre ans, l'évaluation du Consortium et de son plan d'action comportait son propre niveau de complexité. Le travail a été itératif, organique et évolutif, de sorte que l'évaluation puisse demeurer souple.

Action collective, évaluation collective

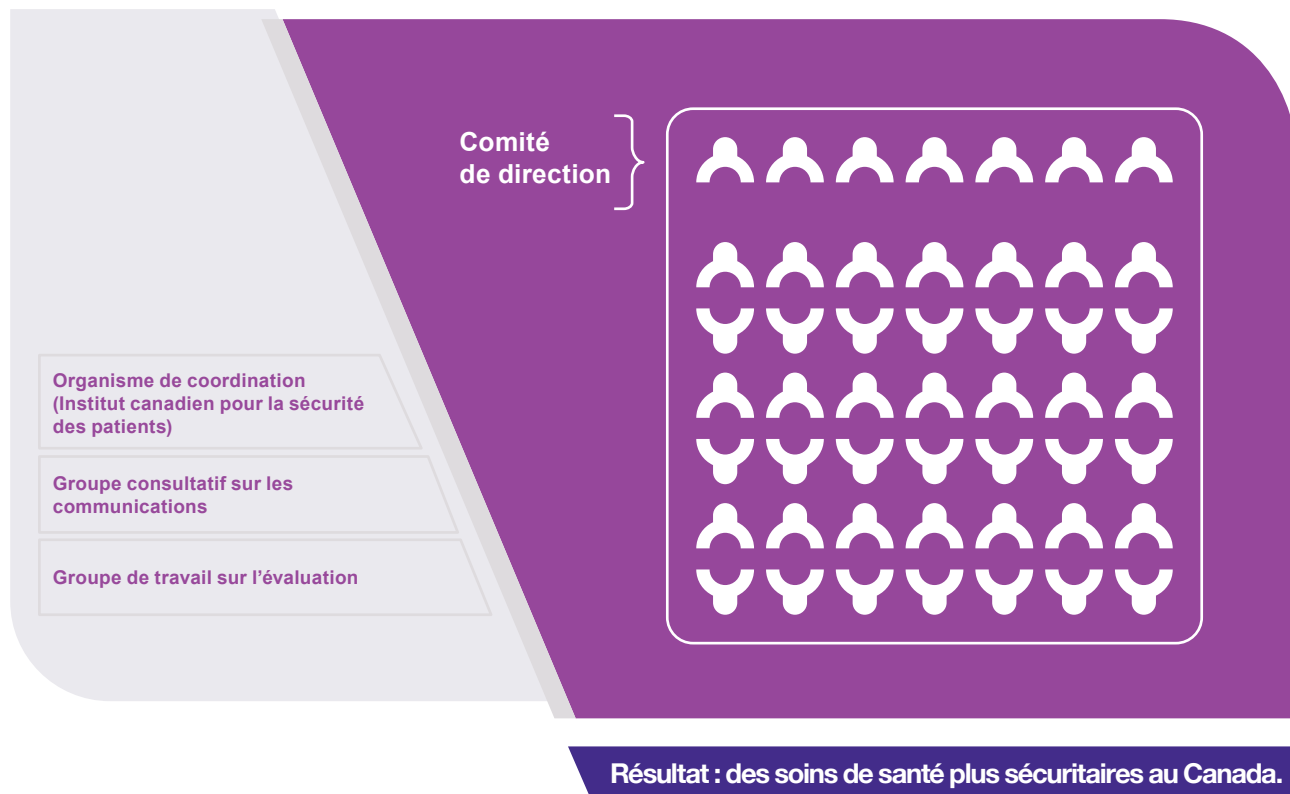
L'évaluation continue du Plan d'action pour la sécurité des patients était l'un des principes directeurs. Des bénévoles venant de 18 organismes participants au Consortium, y compris des patients partenaires, se sont réunis pour former une équipe d'évaluation chargée d'élaborer un modèle logique et un cadre d'évaluation complet, puis ont fait appel à un consultant indépendant pour mettre en œuvre le plan d'évaluation. Tous ont convenu que le cadre d'impact collectif était le bon modèle de mesure pour cette évaluation et qu'il était judicieux de faire appel à un expert indépendant pour en assurer l'objectivité. Le but n'était pas seulement de mesurer le rendement ou les résultats, mais également d'évaluer les processus et le niveau de collaboration (Preskill et coll. 2014). Bien entendu, il fallait dégager la preuve que des progrès avaient été accomplis en fonction des objectifs et des résultats aux yeux des bailleurs de fonds, des membres et surtout des patients et de leur famille. Mais ça ne s'arrêtait pas là, il convenait également d'évaluer et de comprendre les progrès accomplis.

FIGURE 1.

Consortium national sur la sécurité des patients

CONSORTIUM NATIONAL SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Objectif : faire progresser un plan d'action commun pour améliorer la sécurité des soins pour tous les Canadiens.



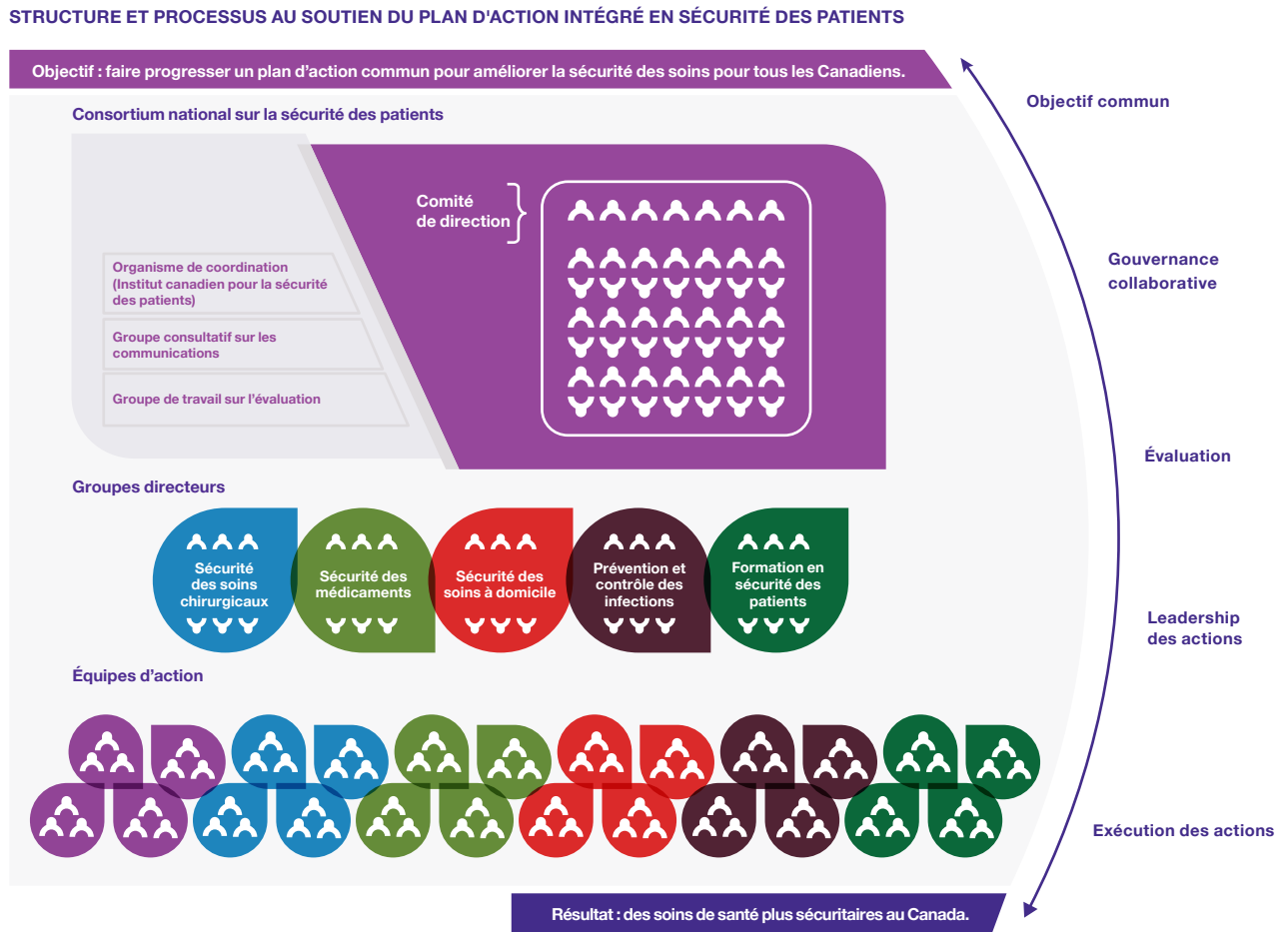
Le plan d'évaluation comprenait quatre questions clés :

1. *Comment collaborons-nous?* Cet aspect de l'évaluation porte sur la capacité du Consortium d'assurer une collaboration efficace et sur son approche concernant cette question. On y examine l'interaction et la collaboration des organisations participantes et comment ces activités facilitent les actions énoncées dans le plan d'action.
2. *Qu'est-ce qui a été réalisé?* Cet aspect de l'évaluation examine la mise en œuvre des actions énoncées dans le plan d'action et évalue dans quelle mesure les résultats de ces actions sont utilisés par les intervenants au sein de la communauté des soins de santé.
3. *Est-ce que les mesures ont bien fonctionné?* Cet aspect de l'évaluation évalue l'atteinte des objectifs énoncés dans le plan d'action et détermine dans quelle mesure leur réalisation facilite une amélioration globale de la capacité du système à coordonner et à améliorer la sécurité des patients.
4. *Est-ce qu'il y a eu un impact réel?* Ce champ d'évaluation porte sur l'impact du Consortium en matière de sécurité des patients grâce à la mise en œuvre du plan d'action.

L'évaluation comprenait un examen des documents, des entretiens avec des informateurs clés, des groupes de discussion et un sondage en ligne. Les évaluateurs externes ont travaillé en étroite collaboration avec l'équipe chargée de l'évaluation pour coordonner les activités d'évaluation, évaluer et approuver la méthodologie et les outils ainsi que revoir les conclusions et les recommandations préliminaires, intermédiaires et finales.

À la fin du plan d'action et du Consortium, en 2018, les conclusions et les recommandations des évaluateurs ont été partagées avec les centaines de gens et d'organismes qui avaient participé à cette initiative quadriennale (Vision & Results Inc. 2018). La participation au Plan d'action intégré sur la sécurité des patients, de 2014 à 2018, a concerné plus

FIGURE 2.
Structure et processus au soutien du Plan d'action intégré en sécurité des patients



de 100 organismes et la majorité des actions ont été menées à bien. Onze rencontres ont eu lieu, réunissant 270 dirigeants et 27 patients ou membres de leurs familles.

Parmi les autres faits saillants, le processus d'évaluation a révélé que « le Consortium a modélisé ses partenariats avec les patients pour améliorer la sécurité des patients; les membres du programme Patients pour la sécurité des patients du Canada ont participé à tous les aspects du Consortium national sur la sécurité des patients et du Plan d'action intégré sur la sécurité des patients, et ce, de la formulation des stratégies et des plans d'action jusqu'à la participation en tant que membres égaux de l'équipe » (Vision & Results Inc. 2018). Ce vaste effort retient de nouveau l'attention de la communauté internationale en mettant en lumière l'importance de la sécurité des patients au Canada et dans le monde, tout en mettant l'accent sur une collaboration constructive, en particulier en ce qui a trait à la participation des patients eux-mêmes.

Leçons à retenir : maintien et renforcement de l'engagement en matière de sécurité des patients

Le Consortium national et le Plan d'action intégré sur la sécurité des patients ont incité un niveau sans précédent de collaboration et de changement de politiques et de pratiques, de même qu'une amélioration de l'expérience patient et des prestataires partout au Canada. Le plan d'action visait non seulement à rendre les soins de santé plus sécuritaires, mais également à changer la façon dont le système de santé envisage la sécurité des patients et aborde les problèmes liés à leur sécurité. Grâce à l'effort collectif, le Consortium a été en mesure d'évaluer ses progrès, son parcours et la façon dont les organismes peuvent travailler ensemble pour changer les choses. Le changement a bel et bien été au rendez-vous. Néanmoins, il faudra trouver moyen, au Canada, de passer d'une « initiative » où un petit groupe s'intéresse à la question de la sécurité des patients à un vaste changement de culture au niveau du système où tous partagent une telle responsabilité.

Les participants ont salué le rôle important joué par l'ICSP dans l'orchestration d'une telle initiative. En tant qu'organisme nationale d'amélioration, l'ICSP a endossé ce rôle de leadership. Il poursuivra son mandat en continuant de renforcer la capacité d'amélioration de la sécurité des patients et la capacité des partenaires du système de santé d'assumer efficacement un leadership partagé en matière de soins de santé plus sécuritaires au Canada. Les patients et les membres de leur famille ont également joué un rôle de leadership essentiel. Plusieurs organismes n'avaient pas l'habitude de faire appel aux patients en tant que conseillers et ont acquis plus d'assurance dans l'implication des patients et de leurs familles à leurs propres travaux, favorisant une affectation des ressources et des outils nécessaires pour permettre aux patients d'apporter un éclairage sur certains changements.

Parmi les leçons tirées de la démarche se dégagent : l'importance que tous les partenaires définissent un objectif commun et déterminent leurs principes directeurs; le besoin de maintenir des communications constantes et ciblées afin de mousser la diffusion; une plus grande attention sur des mesures communes afin de maintenir l'élan; l'ajustement et le choix des actions à même d'avoir le plus d'impact; l'abandon des mesures moins efficaces; et l'implication de plus de dirigeants et de prestataires de première ligne. Ces priorités ont été identifiées comme étant nécessaires pour garantir un engagement durable envers l'amélioration de la sécurité des patients dans tous les secteurs et à tous les niveaux du système de santé. L'ICSP a tiré de précieux enseignements de ses investissements dans le Consortium et continuera à soutenir la mise en application de ce type d'apprentissage, de même que l'évaluation des résultats des plans d'action prioritaires lors de la dernière réunion du Consortium, en octobre 2017. L'ICSP continuera également à évaluer les conclusions, les preuves et l'impact obtenus par les nombreux partenaires qui collaborent pour assurer des soins de santé plus sécuritaires au Canada (rapport de la cinquième réunion) (CPSI 2017). L'ICSP a également incorporé les leçons apprises et les résultats obtenus afin de promouvoir sa nouvelle stratégie « La sécurité des patients, maintenant! », qui positionne l'organisme à mettre en œuvre des stratégies au niveau du système afin d'assurer des soins de santé sécuritaires, tout en démontrant ce qui fonctionne et en renforçant le niveau d'engagement de toute personne ayant un rôle à jouer dans

la sécurité des soins de santé : législateurs, dirigeants, prestataires de soins de santé et patients, sans oublier la population en général (CPSI 2018).

Le Consortium national sur la sécurité des patients et le Plan d'action intégré sur la sécurité des patients sont des exemples concrets d'impact collectif. Le Plan d'action a su mobilisé l'énergie de nombreux organismes pour centrer les efforts d'amélioration en matière de sécurité des patients. Le Consortium a permis de réaffirmer que la sécurité des patients était une priorité pour tous les systèmes de santé ainsi qu'une cause sociale en croissance au Canada. Le travail a montré qu'une collaboration à grande échelle est véritablement transformationnelle. Le Consortium et le Plan d'action ont changé la façon dont les gens travaillent et collaborent. Cette initiative a modifié la culture au niveau du système en matière de sécurité des patients au Canada, et ce, pour le bénéfice des patients et de leurs familles. **HQ**

Références

Veillez vous reporter à la liste dans la version anglaise (pp. 16–18).

À propos des auteures

Sandi Kossey est directrice principale des partenariats stratégiques et des mesures prioritaires à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Chris Power est directrice générale de l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Leslee Thomson est présidente et chef de la direction de l'Organisation de normes en santé et d'Agrément Canada.

Kathleen Morris est vice-présidente, Recherche et Analyse, à l'Institut canadien d'information sur la santé.

Shelagh Maloney est vice-présidente exécutive, Engagement et Marketing, à Inforoute Santé du Canada.

Lee Fairclough est vice-présidente, Amélioration de la qualité, à Qualité des services de santé Ontario.

Deborah Prowse est membre et ancienne coprésidente de Patients pour la sécurité des patients du Canada.

Hina Laeeque est gestionnaire principale de programme à l'Institut canadien pour la sécurité des patients.

Adresse pour correspondance : Sandi Kossey, Institut canadien pour la sécurité des patients; téléphone : 780-394-8220; courriel : skossey@cpsi-icsp.ca; Twitter : @ptsafety_sandi.